

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号													
被保険者氏名		個人番号													
生年月日		性別													
住所	連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先														
入所(院)年月日(※)	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びビューステイを利用している場合は、記入不要です。														

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ														
	氏名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	住所	連絡先													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)														
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。													
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
	預貯金額		円	有価証券(評価概算額)		円	その他(現金・負債を含む)	( )	円	※					

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。